

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1949

THÈSE ^{N°} 1034

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Jean, Charles, Albert LEMAITRE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 19 septembre 1922, à Chatillon-Coligny (Loiret)

Présentée et soutenue publiquement le 14 Décembre 1949

LES "INFILTRATS LABILES" DU POUMON D'ORIGINE NON TUBERCULEUSE

Essai de classification

Président : M. BARIETY, Professeur

PARIS

ÉDITIONS P. FOURNIÉ ET C^{ie}

151, Avenue Jean-Jaurès, Paris-19^e

1949

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1949

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Jean, Charles, Albert LEMAITRE

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 19 septembre 1922, à Chatillon-Coligny (Loiret)

Présentée et soutenue publiquement le 14 Décembre 1949

LES "INFILTRATS LABILES" DU POUMON D'ORIGINE NON TUBERCULEUSE

Essai de classification

Président : M. BARIETY, Professeur

PARIS

ÉDITIONS P. FOURNIÉ ET C^{ie}

151, Avenue Jean-Jaurès, Paris-19^e

1949

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Brindeau, E. Brumpt, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillaïn, Hartmann, Heitz-Boyer, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mathieu, Mulon, Ombrédanne, Rouvière, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon.

ASSESSEUR **Léon BINET**, membre de l'Institut

DOYEN **Jean VERNE.**

I. — PROFESSEURS

		MM.
Anatomie		OLIVIER (E.).
Anatomie pathologique		LEROUX (R.).
Assistance médico-sociale		N...
Bactériologie		GASTINEL (P.).
Biologie médicale		VERNE (J.).
Chimie médicale		POLONOVSKI (M.).
Clinique de cardiologie		DONZELOT (E.).
		BROCQ (P.).
Cliniques chirurgicales	}	CADENAT (F.M.).
		MONDOR (H.).
		QUENU (J.).
		N...
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie ..		Merle d'Aubigné (R.).
Clinique chirurgicale orthopédique		MOCQUOT (P.).
Clinique gynécologique		GOUGEROT (H.).
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		DEBRE (R.).
Clinique des maladies des enfants		MOLLARET (P.).
Clinique des maladies infectieuses		DELAY (J.).
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale ..		CHEVALLIER (P.).
Clinique des maladies du sang		ALAJOUANINE (T.).
Clinique des maladies du système nerveux		BENARD (H.).
		LAROCHE (G.).
Cliniques médicales	}	HARVIER (P.).
		LIAN (C.).
Clinique médicale propédeutique		Pasteur Valléry-Radot
Clinique de neuro-chirurgie		Petit-Dutaillis (D.).
		LANTUEJOUL (P.).
Cliniques obstétricales	}	LEVY-SOLAL (E.).
		PORTES (L.).
Clinique ophtalmologique		VELTER (E.).

Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique physio-pathologique des problèmes ali-
 mentaires (chaire à titre personnel)
 Clinique psychiatrique infantile
 Clinique de puériculture
 Clinique stomatologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique de la tuberculose
 Clinique urologique
 Embryologie
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Histologie
 Hydrologie thérapeutique et climatologie
 Hygiène et clinique de la première enfance
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine du travail
 Médecine légale
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie chirurgicale
 Pathologie exotique
 Pathologie expérimentale et comparée
 Pathologie médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pharmacologie et matière médicale
 Physiologie
 Physique médicale
 Radiologie médicale
 Rhumatologie
 Technique chirurgicale
 Thérapeutique

MM.
 LEMAITRE (F.).

RICHT C.).
 HEUYER (C.).
 LELONG (M.).
 DECHAUME (M.).
 SENEQUE (J.).
 CHABROL (E.).
 BERNARD (E.).
 FEY (B.).
 GIROUD (A.).
 BARIETY (M.).
 CHAMPY (C.).
 Justin-Besangon (L.).
 CATHALA (J.).
 JOANNON (G.).
 DESOILLE (H.).
 PIEDELIEVRE (R.).
 GALLIARD (H.).
 De Gaudart d'Allaines
 LAVIER (G.).
 LEMAIRE (A.).
 MOREAU (R.).
 DE GENNES (L.).
 HAZARD (R.).
 BINET (L.).
 STROHL (A.).
 DESGREZ (H.).
 COSTE (F.).
 MOULONGUET (P.).
 TURPIN (R.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. BULLIARD (Histologie), CORDIER (Anatomie), DOGNON (Physique
 médicale), HALPHEN (O.R.L.), JAYLE M. (Chimie médicale),
 Mlle J. LEVY (Pharmacologie).

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	N... DELMAS. N... ff DEBEYRE	Pathologie chirurgicale	PADOVANI. PÂTEL. ROUX. RUDLER. SICARD. N...
Anatomie pathologique	DELARUE. Mlle GAUTIER. VILLARS.	Pathologie expérimentale	MERKLEN. BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (Gil) FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Bactériologie	BONNET. FASQUELLE.		
Biochimie médicale	ETTORI. SCHAPIRA.		
Dermato-Syphilie	DEGOS. COUJARD.	Pathologie médicale	LAPLANE. MARIE (Julien) CHEYMOL. BARGETON. PARROT. DJOURNO. BARUK.
Histologie	DESCLAUX.		
Hydrologie	DEBRAY.		
Hygiène	BOYER. DEPARIS	Pédiatrie	
Médecine légale	DEROBERT.	Pharmacologie	
Neurochirurgie	PUECH.	Physiologie	
Neurologie	DE SEZE. DIGONNET.	Physique médicale	
Obstétrique	MAYER. SUREAU. VARANGOT.	Psychiatrie	
Ophtalmologie	OFFRET.	Thérapeutique Agr. ch. d'ens.	BROUET.
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.	Urologie	COUVELAIRE
Parasitologie	BRUMPT, L. C.		
Pathologie chirurgicale	FEVRE. HUGUIER. LEGER.		

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES

rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM. BASSET (Pathologie chirurgicale), BRINDEAU (Obstétrique),
GATELLIER (Clinique chirurgicale), HUGUENIN (Anatomie pathologique)
LE LORIER (Obstétrique), VAUDESCAL (Obstétrique).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

chargés de cours de clinique annexe, à titre permanent

MM.		MM.	
Clinique chirurgi- cale	{	Clinique médicale	{ HAGUENAU.
			{ MOUQUIN.
		Clinique obstétri- cale	{ ECALLE.
			{ LACOMME.
Clinique médicale	BOULIN.	Clinique ophtal- mologique	RENARD.

MM.

Secrétaire de la Faculté .. J. MOREL.

Secrétaire-adjoint Mlle CHAINTREUIL.

Bibliothécaire en chef .. Dr A. HAHN.

Bibliothécaires Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS,

En témoignage de mon infinie
reconnaissance et de ma fidèle
affection.

A MA FEMME, A MES ENFANTS,

En gage de ma profonde tendresse.

A MON FRERE, A MES SŒURS.

A TOUS LES MIENS.

A Monsieur le Professeur BARIETY

Professeur d'Histoire de la Médecine et de la Chirurgie

Je le remercie du grand honneur
qu'il m'a fait en acceptant la prési-
dence de cette thèse.

Au Médecin Lieutenant-Colonel DUROUX

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Médecin Chef du Centre de Pneumologie et de Phtisiologie
de l'Hôpital Percy

Dont l'étendue des connaissances et
les patientes recherches m'ont permis
de mener à bien ce travail ;

Avec l'assurance de ma fidèle
reconnaissance.

A MES MAITRES de la Faculté de Lyon.

A MES MAITRES de la Faculté de Paris.

A MES MAITRES dans les Hôpitaux Militaires :

Hôpital Desgénétes

Hôpital du Val-de-Grâce

Hôpital Percy

A TOUS MES AMIS

Travail du Centre de Pneumologie et
de Phtisiologie de l'Hôpital PERCY.

INTRODUCTION

La fréquence actuelle des examens radiologiques pulmonaires systématiques, a révélé un chapitre nouveau de pneumologie : celui des « Infiltrats labiles » du poumon.

Qu'est-ce donc qu'un « Infiltrat labile » du poumon ? C'est un syndrome caractérisé par une image anormale, qui apparaît sur le cliché pulmonaire ou en radioscopie, et qui régresse en 3 à 4 semaines en moyenne. Le terme « Infiltrat » semble mal choisi, puisqu'il caractérise, depuis Laënnec, un état anatomique du poumon ; certains auteurs ont proposé de lui substituer celui d' « ombre » : ce dernier terme ne nous semble pas convenir non plus, car outre son imprécision, il paraît difficilement utilisable pour tous les cas (en particulier pour une image micronodulaire). Le plus exact serait sans doute de dire « opacité », terme employé en radiologie et dont le sens est bien défini. Mais l'expression « Infiltrat labile » comporte, outre la notion d'une « opacité » pulmonaire régressant rapidement, l'idée d'une symptomatologie clinique qui l'accompagne, habituellement fruste. (Si bien que le plus souvent ce syndrome est le fait d'une découverte d'examen radiologique systématique.) Nous continuerons donc à parler d' « Infiltrat labile », terme consacré par l'usage.

Depuis la publication princeps de Loeffler en 1934, de nombreux travaux sont venus enrichir cette question. Il

reste néanmoins beaucoup d'obscurités, quant à l'étiologie de certains de ces syndromes pulmonaires, et quant à la pathogénie de la plupart d'entre eux.

Par suite, les différentes sortes d' « Infiltrats labiles » n'apparaissent pas clairement dans l'esprit de maints praticiens, et toute image pulmonaire fugace semble être pour eux un « Syndrome de Loeffler ».

Il n'est peut-être pas sans intérêt d'essayer de faire une étude d'ensemble de ces syndromes, à la lumière des publications de ces dernières années. Nous ferons cet essai, en insistant sur l'étude de nombreuses observations du centre de Phtisio-pneumologie de l'Hôpital Militaire d'Instruction Percy, où nous avons eu la chance de pouvoir travailler.

Avant d'aborder cette étude, nous prions respectueusement le Médecin Lt-Colonel Duroux, Professeur agrégé du Val-de-Grâce, de nous permettre de lui exprimer notre vive reconnaissance ; de lui nous tenons l'essentiel de cette thèse, ainsi que la meilleure partie de notre formation.

PLAN DE NOTRE TRAVAIL

Notre but est de présenter une étude analytique et critique des diverses affections, d'étiopathogénie plus ou moins connue, susceptibles de créer des « Infiltrats labiles » du poumon, et de proposer une classification de ces affections.

Volontairement, nous excluons de notre travail, le chapitre spécial de l'« Infiltrat labile » tuberculeux. A cet effet, toutes les observations que nous apportons, concernent des malades dont la cuti et les intradermoréactions tuberculiniques poussées jusqu'au 1/10^e sont négatives : Il existe en effet beaucoup de tels sujets anergiques dans la collectivité militaire qui est faite de jeunes en majorité.

En outre, pour des raisons qui apparaîtront au cours de l'exposé, chez tous les malades auxquels nous ferons allusion, ont été pratiqués :

- Plusieurs examens radiologiques.
- Des examens de sang (Formule leucocytaire).
- Des examens de selles (recherches des parasites et de leurs œufs) répétés (2 à 3 par semaine) et pendant plusieurs mois.
- Des recherches bactériologiques et parasitaires dans les expectorations.
- Une ou plusieurs bronchoscopies.
- Une réaction de Bordet-Wassermann.
- Une réaction de Paul et Bunnell.
- Une recherche des agglutinines froides dans le sérum.

Nous ne présenterons pas de clichés, la morphologie de l'image radiologique n'étant d'aucun secours dans le diagnostic positif ou différentiel de l'« Infiltrat labile ». (Seule compte la disparition rapide de l'image, qui permet d'affirmer la nature « labile » de l'« Infiltrat »).

Après un rappel historique permettant de situer la question, de présenter son évolution, et d'en montrer la complexité, nous étudierons les divers « Infiltrats labiles » par catégorie, en nous basant, pour les classer, sur la formule sanguine : Ce sera là notre fil directeur, car il en faut bien un pour se reconnaître dans un aussi vaste chapitre. Nous serons ainsi amenés à envisager :

Dans un premier chapitre : Les « Infiltrats labiles » avec éosinophilie sanguine.

Dans un 2^e chapitre : Les « Infiltrats labiles » avec hyperleucocytose et lympho-mononucléose sanguine.

Dans un 3^e chapitre : Les « Infiltrats labiles » avec formule sanguine normale.

Cette façon d'envisager la question nous permet d'effectuer un premier triage simple et pratique et qui se justifie d'autre part par le fait que chacun de ces groupes présente une certaine autonomie, constitué qu'il est par diverses affections dont les liens de parenté sont certains.

RAPPEL HISTORIQUE

Avant Loeffler de nombreux auteurs avaient publié des observations d' « Infiltrats labiles » du poumon, mais en tant que fait isolé ; citons :

— Curschman qui rapporta en 1928 l'observation de cet épileptique, qui, prenant un bain de rivière, avala de l'eau, à la suite de quoi apparut une ombre pulmonaire homogène du sommet, dont on ne trouva plus trace 15 jours après ;

— Jeanneret et Fame de Leysin, qui décriront en 1931 de telles anomalies pulmonaires chez des sujets apyrétiques ;

— Ameuille et Lejard, qui proposèrent les premiers le nom d' « Infiltrats labiles » en 1932 à la Société de Médecine des Hôpitaux, pour qualifier des images pulmonaires fugaces isolées qu'ils présentaient, émettant l'hypothèse d'une étiologie tuberculeuse ;

— Armand Delille, qui, au cours de la même séance, révéla l'existence fréquente, chez des enfants atteints de rhinopharyngite banale fébrile, d'un foyer de condensation pulmonaire différent du « Triangle pneumonique de Weill et Mouriquand ».

Mais c'est à Loeffler que revient le mérite d'avoir fait l'unité d'un syndrome qu'il présenta en 1934 au Congrès de Radiologie de Zurich, à la suite d'une série d'observations, sous le titre d' « Infiltration pulmonaire éosinophilique fugace », et qui comprenait outre l'image pulmonaire disparaissant rapidement, une éosinophilie sanguine importante. Loeffler aussi attribuait au bacille de Koch la genèse de ces phénomènes.

Après lui, le syndrome qu'il avait décrit, fut sujet à beaucoup de commentaires.

En 1936, Ameuille et Théobalt, en particulier, le rattachèrent aux pneumopathies aiguës.

Jean Depasse dans sa thèse (Paris 1939), en fit une étude très poussée.

D'autre part, Gernez-Rieux montrait que l'asthme pouvait engendrer de tels « Infiltrats éosinophiliques », et Engel à Shangaï décrivait l'« Œdème printanier », analogue au syndrome décrit par Löffler, déclenché par l'inhalation de certains pollëns.

A côté de ces faits, Hegglin et Grumbach en 1941, Martin, Steinmann et Franconi en 1943, publiaient des observations d'« Ombres fugaces pulmonaires » avec réaction de Bordet-Wassermann transitoirement positive dans le sang.

Par ailleurs, en 1947, les auteurs anglo-saxons décrivaient la « Pneumonie atypique », affection à ultra-virus donnant une « image pulmonaire fugace ».

Enfin, en 1948, J. Bernard et Lapresle nous faisaient connaître les syndromes « pneumo-lymphocytaires » : Ombres pulmonaires labiles s'accompagnant d'une lympho-mono-nucléose sanguine et pouvant être déterminées en particulier par la coqueluche.

Nous voyons que les faits sont nombreux, essayons de les analyser, dans l'ordre que nous nous sommes assigné.

CHAPITRE I

LES « INFILTRATS LABILES » AVEC EOSINOPHILIE SANGUINE

Parmi les « Infiltrats labiles » du poumon, ce sont eux qui ont motivé le plus grand nombre de travaux jusqu'à présent.

On a coutume de les rassembler dans le grand chapitre du « syndrome de Loeffler ». Mais ce « syndrome de Loeffler », pour beaucoup d'auteurs contemporains, englobe non seulement des syndromes pulmonaires, mais toutes les manifestations extra pulmonaires fugaces, dues à des « infiltrations » à éosinophiles de tout autre organe (névraxe, viscères, épидidyme...) ; tous ces faits étant de nature allergique pour ces auteurs.

Notre conception, qui s'appuie sur une étude personnelle, diffère quelque peu de cette vue synthétique et apparemment satisfaisante du problème. C'est ainsi que nous sommes amenés à envisager dans ce chapitre :

1° Les « Infiltrats labiles » reconnaissant une origine parasitaire, et auxquels nous attribuons une pathogénie particulière, ce groupe semblant correspondre au « syndrome de Loeffler » dans sa conception première ;

2° Les « Infiltrats labiles » de nature allergique.

Mais s'il convient, pour des raisons pathogéniques, de scinder en deux ce premier chapitre, il n'en reste pas moins vrai que les phénomènes constatés comportent une définition commune ; il s'agit (ce sont les caractéristiques du « syndrome de Loeffler » données par cet auteur en 1934) :

- d'une image pulmonaire radiologique disparaissant en quelques semaines (3 à 4), avec ou sans traduction clinique, de topographie, de forme, et d'importance extrêmement variable, dont le propre est :
- d'évoluer en même temps qu'une éosinophilie sanguine notable,

et de guérir spontanément, sans aucune séquelle, après une évolution rapide, bruyante ou non, en même temps ou mieux un peu avant la disparition de l'éosinophilie.

1° Les « Infiltrats labiles » avec éosinophilie d'origine parasitaire

C'est pour nous, avons-nous dit, ce qui semble correspondre au syndrome de Loeffler dans sa conception première. L'auteur de Zurich et d'autres le croyaient dû au bacille de Koch parce qu'ils l'avaient constaté tout d'abord chez des tuberculeux (l'« Infiltrat labile » tuberculeux existe certes, mais nous l'avons éliminé de cette étude, son mode d'apparition étant assez spécial).

Puis on pensa à une étiologie infectieuse, au pneumocoque surtout (Armand Delille et Marquesy, Ameuille et Théobalt), que rien ne nous permet de retenir dans ce syndrome particulier.

Enfin, l'éosinophilie sanguine et la fugacité de la réaction pulmonaire, jointes aux expériences de Jehiel, qui montra que le poumon était très sensible au choc protéinique, amena à penser qu'on était en présence d'une affection allergique. Et l'on envisagea bientôt une cause parasitaire, l'« Infiltrat » étant considéré comme la conséquence d'une réaction allergique du poumon vis-à-vis de la toxine vermineuse.

Il était logique de penser en premier lieu à l'ascaridiose, affection fréquente, le développement de l'*ascaris* nécessitant une étape pulmonaire.

La responsabilité de ce parasite dans la genèse du syndrome de Loeffler, fut confirmée par les expériences de Rainer Von Muller et des frères Koino d'une part, qui ingérèrent personnellement, l'un de la terre infestée d'*ascaris*, les autres des œufs de ce parasite, et par les travaux de Vogel et Minning de l'Institut des Maladies Tropicales d'Ham-bourg d'autre part, qui firent des expériences analogues sur eux-mêmes et sur plusieurs sujets volontaires : Des « Infiltrats labiles » furent ainsi créés, avec des réactions générales et fonctionnelles plus ou moins fortes suivant la quantité d'œufs ingérée ; un des frères Koino qui en avait absorbés un grand nombre, vit se déclarer chez lui une pneumopathie aiguë grave, et il rejeta des larves d'*ascaris* dans ses expectorations au 10^e jour. Rainer von Muller parla d'« ascaris-pneumonie », voyant le rôle de ce parasite comme exclusif.

Un récent travail que fit Löffler en 1948 avec Essellier et Macedo, confirme ces vues : des cobayes furent infestés par des œufs d'ascaris ; un « Infiltrat labile » se déclara dès les premiers jours ; l'examen des poumons du lot de cobayes sacrifiés montra la présence de larves d'ascaris dans les « Infiltrats » et les bronchioles.

Notre étude personnelle porte sur plus de cent cas, parmi lesquels nous n'avons retenus que 42 observations, parce qu'il s'agissait de sujets chez qui les cuti et intradermo-réactions poussées jusqu'au 1/10^e sont restées négatives.

Ces 42 malades, comme tous ceux dont nous présentons les observations au cours de notre travail, ont subi, ainsi que nous l'avons signalé au début de cette étude, des examens radiologiques multiples, des examens de selles et de sang très poussés, une ou plusieurs bronchoscopies, des recherches de germes infectieux et de champignons dans les crachats, une réaction de Paul et Bunnell, une réaction de Bordet-Wassermann, une recherche des agglutinines froides.

Voici d'abord deux observations typiques résumées :

BL... Frédéric : 21 ans. Rapatrié d'Indochine avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire grave à forme broncho-pneumonique.

Début par asthénie, fébricule discrète le 12/3/48.

Le cliché du 22/3/48 montre des nodules arrondis disséminés dans les deux champs pulmonaires ; ces images seront complètement nettoyées un mois après.

Eosinophilie à 12 % le 25/3/48, disparue un mois après.

Sédimentation globulaire élevée : 70-110-123.

Nombreux ascaris dans les selles.

Cuti et intradermos négatives jusqu'au 1/10^e.

Flore microbienne variée dans les expectorations.

Pas de B.K.

Bronchoscopie normale le 1/4/48.

BOUR... Guy : 24 ans. Rapatrié d'Indochine. Début le 1/3/48 par toux, expectoration discrète, sans atteinte de l'état général.

Le 11/3/48, infiltrat non homogène de la partie moyenne du champ pulmonaire droit, nettoyé complètement le 26/4/48.

Eosinophilie sanguine à 10 % le 28/3/48 disparue en 15 jours.

Nombreux œufs d'ascaris dans les selles.

Flore microbienne banale dans les crachats ; pas de B.K.

Cuti et intradermos négatives.

Bronchoscopie normale le 2/4/48.

L'étude de nos 42 observations nous a permis de confirmer les éléments du syndrome, d'en donner l'étiologie, et de proposer une pathogénie :

— L'image radiologique s'est toujours « nettoyée » en moins d'un mois. Sa localisation est variable, pourtant elle est rarement apicale, contrairement à l'infiltrat tuberculeux.

Son polymorphisme est extrême : nous avons rencontré : des nodules flous ou bien limités, ou bien des nodules multiples occupant les deux champs ; des aspects pseudocavitaires, des aspects de pseudo-miliaires.

— L'éosinophilie a été trouvée chez tous nos malades, le taux variant entre 6 et 33 %, durant quelques jours ou quelques semaines après la disparition de l'image radiologique : une lymphocytose réactionnelle se voyant fréquemment lors de sa disparition.

Lécuyer dans sa thèse (Paris, 1949), montre que l'éosinophilie sanguine peut faire défaut, contrairement à l'éosinophilie médullaire qui est constante : nous pensons que si ces cas sont indiscutables, ils sont rarissimes, car nous avons toujours constaté une éosinophilie sanguine dans les nombreuses observations sur lesquelles nous fondons ces conclusions ; et peut-être même, dans ces syndromes de Löffler où l'éosinophilie sanguine paraît manquer, pourrait-on la mettre en évidence, si elle est fruste et de courte durée, par des examens de sang répétés.

-- Les examens très fréquents de selles et suffisamment prolongés, nous ont toujours permis de mettre en évidence des œufs d'ascaris. Mais nous insistons sur le fait que ces examens ont dû être effectués pendant plusieurs semaines, voir plusieurs mois pour être trouvés positifs (6 mois dans un cas).

Nous concluons donc en disant que l'ascaridiose est responsable du syndrome de Löffler dans l'immense majorité des cas. Et même sans trouver des œufs d'ascaris dans les selles, il n'est pas permis d'affirmer qu'elle n'est pas en cause, car l'homme peut parfaitement être infesté par l'ascaris du porc, du chien ou du chat, qui meurt dans l'intestin à son stade larvaire après l'étape pulmonaire.

Et il est logique de penser que cet « Infiltrat labile » d'origine parasitaire, qui correspond sans doute à une alvéolite catarrhale, est dû à l'irritation du parenchyme pulmonaire provoquée par le passage des larves ; l'éosinophilie étant le témoin de l'infestation parasitaire de l'organisme.

Nous ne pouvons mettre fin à cette première étude, sans

rappeler que furent invoquées, à tort ou à raison, d'autres parasitoses dans la genèse du syndrome étudié. Nous citerons :

- la grande douve du foie, comme en fait foi une observation de Lavier, Bariety, Caroli et Boulanger, parmi d'autres,
- le trichocéphale,
- la trichine (Slowey, 1944),
- le *tænia saginata*,
- certains strongylidés,
- le *Necator Americanus*,
- le *tænia échinoccoque* (Rossier),
- l'anguillule,
- l'amibe (citée par Loeffler),
- et récemment la larve filariforme d' « *Ankylostoma Braziliense* » agent de la « dermatite vermineuse rampante » (d'après Wright et Gold).

Il nous est évidemment impossible de réfuter ces faits, mais on se doit d'être prudent et de toujours suspecter une association parasitaire comprenant l'ascaris. Quoiqu'il en soit, il n'est pas illogique de penser que tout parasite qui nécessite au cours de son évolution une étape pulmonaire, puisse donner un « Infiltrat labile ».

Avant d'en terminer avec ce groupe d' « Infiltrats labiles » d'origine parasitaire, remarquons que l'éosinophilie tropicale nous paraît se rapprocher du syndrome de Loeffler, bien que s'en différenciant assez nettement du point de vue clinique.

2° Les « Infiltrats labiles » avec éosinophilie, d'origine allergique

Pour beaucoup d'auteurs, ils font partie du syndrome de Loeffler. Leur étiopathogénie étant différente, nous préférons les ranger à part. Et nous étudierons :

- a) Les « Infiltrats labiles » au cours de l'asthme.
- b) Les « Infiltrats labiles » déclenchés par des allergènes végétaux.
- c) Les « Infiltrats labiles » d'origine médicamenteuse.
- a) Les « Infiltrats labiles » au cours de l'asthme

A la suite d'auteurs étrangers, Gernez-Rieux et d'autres cliniciens français (Turiaf, F. Bezançon, Jacquelin, Joly et Moncharmont) ont publié des observations d'images radiologiques fugaces du poumon, différentes de l'ombre hilare classique, s'accompagnant d'éosinophilie sanguine, au décours d'une crise d'asthme. Cet « Infiltrat labile » serait plus éphémère que dans le groupe précédent et se répèterait volontiers au cours de crises d'asthme successives.

Nous en avons vu quelques cas, parmi lesquels nous présentons le résumé suivant d'une observation caractéristique :

P... Jean : 25 ans. Asthme franc depuis plusieurs années ; aurait déjà, à l'occasion d'une crise d'asthme, à deux reprises, présenté une image qui se serait rapidement effacée.

Le 5/9/47 crise d'asthme violente avec fièvre.

Le 18/9/47 infiltrat non homogène de la région sous-claviculaire droite ; disparition totale un mois après.

Eosinophilie sanguine à 8 % qui dure pendant plusieurs mois.

Eosinophiles dans les crachats. Pas de B.K.

Cuti intradermos négatives.

Bronchoscopie : muqueuse pâle et épaissie dans tout l'arbre bronchique.

Nous savons que plusieurs auteurs nient l'existence de cette catégorie d' « Infiltrats labiles », qu'ils rattachent volontiers à des manifestations de l'ascaridiose chez un asthmatique ; dans une de nos observations (Infiltrat sous-claviculaire gauche qui dura une semaine au décours d'une crise d'asthme violente), des œufs d'ascaris furent retrouvés 3 mois plus tard.

Ce sont des faits nécessitant encore des études plus fouillées, et en particulier, il n'est pas impossible que des recherches plus soigneuses de parasites et de leurs œufs dans les selles ne modifient les conceptions de ce groupe.

b) Les « Infiltrats labiles » déclenchés par des allergènes végétaux

Nous rangeons dans ce groupe le syndrome décrit par Engel à Shangai sous le nom d' « Œdème printanier anaphylactique du poumon », et qui se manifeste par : un peu de toux, une expectoration séreuse jaune clair de goût métallique, une opacité pulmonaire fugace, une éosinophilie sanguine élevée et passagère. Le syndrome de Engel serait dû à une réaction allergique du poumon sensibilisé au pollen des troènes.

Aux Etats-Unis on décrit une affection voisine : La « Laurel-fever », due à une autre variété de pollen.

Enfin, nous faisons entrer dans ce groupe l' « Infiltrat labile » de ce sujet sensibilisé au muguet (dont la cuti réaction au muguet était positive), dont Meyer rapporte l'observation.

c) Les « Infiltrats labiles » d'origine médicamenteuse

Ils ne sont pas fréquents. Nous citerons ici deux cas :

— Celui qui a fait le sujet de la thèse de Rogel (Paris, 1949) de cette malade asthmatique ancienne sensibilisée au néoantergan, chez qui l'administration de ce produit déclencha un « Infiltrat labile » avec une très forte éosinophilie sanguine.

— Celui rapporté par Ellis et Mc Kinlay, d'un sujet sensibilisé cette fois à l'azosulfamide ; ce médicament déclenchant une réaction pulmonaire fugace appelée par ces deux auteurs « pneumonie allergique ».

Ce dernier paragraphe permet sans doute de penser qu'en général, de nombreux toxiques peuvent engendrer des « Infiltrats labiles ». Mais sous ce rapport, nous éliminons de notre étude l'opacité pulmonaire due aux vapeurs nitreuses, les anamnétiques permettant dans ce cas de faire facilement le diagnostic.

**

En conclusion à ce premier chapitre, nous avons à distinguer parmi les « Infiltrats labiles » avec éosinophilie sanguine :

1° ceux qui comportent une origine parasitaire ; et dans ce cas l'ascaris semble jouer un rôle primordiale, ses larves créant une irritation du parenchyme pulmonaire, objectivée par l' « Infiltrat », l'éosinophilie étant le témoin de l'infestation parasitaire ;

2° ceux qui ont une origine allergique, l'éosinophilie étant le fait de la sensibilisation de l'organisme à l'allergène en cause, quel qu'il soit.

CHAPITRE II

LES « INFILTRATS LABILES » AVEC HYPERLEUCOCYTOSE ET LYMPHOMONONUCLEOSE SANGUINES

Ce groupe d' « Infiltrats labiles » nous paraît mériter l'attention par sa fréquence relative et par les inconnus étiologiques qu'il présente. Les affections qui en font partie se rapprochent des « syndromes pneumolymphocytaires » décrits par J. Bernard et Lapresle, et qui sont caractérisés par :

- Des ombres pulmonaires fugaces qui correspondent pour J. Marie, à des manchons prébronchiques d'amas lymphoïdes.
- Une hyperleucocytose modérée avec lymphomononucléose nette.

De tels syndromes sont le plus fréquemment rencontrés au cours de la coqueluche (à propos de laquelle J. Bernard et Lapresle ont fait leur publication), la lésion pulmonaire étant représentée radiologiquement par une ombre homogène sous-hilaire, droite en général d'après ces deux auteurs, et qui ne dure que quelques jours. En voici une observation personnelle :

S... François : 27 ans. Découverte radiologique d'un « Infiltrat sous-hilaire gauche ; nettoyage en 1 mois.
Coqueluche récente avec quintes typiques.
Hyperleucocytose à 30.000.

Formule sanguine : polynucléaires neutrophiles	43 %
polynucléaires éosinophiles	2 %
lymphocytes	55 %

Bronchoscopie normale.

Cuti intradermos négatives.

Tous les autres examens sont normaux.

La mononucléose infectieuse est capable de créer de tels syndromes comme en fait foi l'observation suivante d'un malade de l'hôpital Percy :

M... Gabriel : 20 ans 1/2. Radioscopie systématique le 7/3/49:

A droite, opacité arrondie dans la région hilare (région dorsale moyenne, de profil).

Dans les jours suivants toux, tuméfaction amygdalienne, splénomégalie modérée ; pas d'adénopathies.

Recherche du bacille de Lœffler négative — pas de B.K.

Pas de parasites dans les selles.

Réaction de Paul et Bunnell fortement positive.

Globules blancs 6.200.

Formule leucocytaire : poly. neutro.	27 %
poly. éosino.	1 %
lymphocytes	70 %
monocytes	2 %

L'aspect radiologique est normal le 30/3/49, ainsi que la formule sanguine le 17/5/49.

Il est à penser que d'autres affections telles que la leucémie lymphoïde, la chorioméningite lymphocytaire, la lymphocytose infectieuse, sont susceptibles de produire de tels syndromes.

Nous avons eu à notre disposition 24 observations de sujets ayant présentés un « Infiltrat labile » disparaissant toujours en moins d'un mois, accompagné d'une lymphomononucléose sanguine (à 50 % en moyenne pour un taux de globules blancs de 10 à 12.000), mais parmi ces 24 cas, 3 seulement ont reçu une étiologie (2 coqueluches, 1 mononucléose infectieuse). En effet, 21 fois nos sujets ne présentaient pratiquement aucun signe clinique fonctionnel ou général, et toutes les recherches biologiques pratiquées sur eux restèrent négatives. Il est pourtant logique de penser que ces 21 observations doivent être rattachées aux « syndromes pneumolymphocytaires ». Sans doute a-t-on à faire ici à l'intervention de virus lymphotropes. Des recherches étiologiques et biologiques ultérieures s'imposent pour ce groupe d'attente.

CHAPITRE III

LES « INFILTRATS LABILES » AVEC FORMULE SANGUINE NORMALE

Il s'agit d'un groupe d' « Infiltrats labiles » d'étiologie disparate, mais qui nous paraissent toujours être en rapport avec une pneumopathie plus ou moins bruyante mais d'évolution courte et bénigne le plus souvent.

Les explorations bronchoscopiques nous ont permis de constater dans certains cas des lésions d'inflammation bronchique circonscrite, et dans d'autres au contraire, nous n'avons noté aucune anomalie bronchique. Il est donc probable que tantôt nous ayons affaire seulement à une alvéolite, et tantôt à une inflammation bronchique prédominante, de même qu'il est possible d'ailleurs, sur le plan anatomopathologique, de voir des lésions interstitielles pures.

Peu importe : de toute façon dans ce groupe interviennent des germes multiples, connus, soupçonnés ou inconnus : champignons, germes infectieux (pneumocoque, rickettsia...), virus connus, virus inconnus ; si bien que nous étudierons successivement :

1° Les « Infiltrats labiles » des pneumopathies mycosiques.

2° Les « Infiltrats labiles » des pneumopathies dues à des microorganismes figurés.

3° Les « Infiltrats labiles » des pneumopathies à virus connus.

4° Les « Infiltrats labiles » des pneumopathies à virus inconnus.

1° Les « Infiltrats labiles » des pneumopathies mycosiques

Les pneumopathies mycosiques qui déterminent des « Infiltrats labiles » sont rares. Nous n'en avons aucune observation à présenter. Nous citerons cependant parmi ces mycoses la plus connue : Il s'agit de la « coccidio-idomycose »

ou « maladie des batteurs de grange », qui se rencontre en milieu rural, chez des sujets s'infestant par inhalation du « monilis albicans » au cours des battages des céréales. Son diagnostic est facile, il suffit d'y songer et de pratiquer une culture des crachats sur milieu de Saboureaux.

2° Les « Infiltrats labiles » des pneumopathies dues à des microorganismes figurés

Nous rangeons ici tout d'abord une affection à germe connu : la « Fièvre de Queensland » ou « Q-Fever », due à *Rickettsia Burneti*, qui est inoculée à l'homme par divers ixodidés. Cette Rickettsiose a été découverte en Australie, puis retrouvée aux Etats-Unis, mais c'est surtout au cours du dernier conflit qu'elle a réalisé d'importantes épidémies parmi les troupes en campagne dans le bassin méditerranéen. Récemment, Gsell en a publié des cas en Suisse.

Son diagnostic est difficile en pratique courante de laboratoire : il se fait surtout par l'épreuve de la déviation du complément.

Mais presque toutes les pneumopathies aiguës banales sont génératrices d'ombres radiologiques fugaces du poumon. Le diagnostic entre ses diverses affections devient difficile lorsqu'elles perdent leur symptomatologie typique et se présentent avec des signes cliniques frustes : Ce sont justement ses cas là qui nous intéressent, puisqu'ils constituent à proprement parler des « Infiltrats labiles » ; et ce qu'avait décrit Armand Delille, chez les enfants atteints de rhinopharyngite aiguë banale à pneumocoques semble bien rentrer dans ce groupe. En effet, le pneumocoque paraît être le plus souvent en cause, parce qu'il pullule dans la flore microbienne des crachats (et plus encore dans les prélèvements effectués sous bronchoscopie).

Voici deux observations typiques qui entrent dans ce cadre :

C... Henri : 20 ans. Début le 8/7/48 par point de côté thoracique droit. Fièvre à 38° pendant 2 jours.

Foyer congestif dans l'aisselle droite avec souffle et râles bulleux.

Flore microbienne très riche en pneumocoques. B.K. = 0.

Cuti et intradermos négatives.

Formule sanguine normale. Selles normales.

Bronchoscopie normale le 18/7/48.

Recherche des agglutinines froides négative.

Le 12/7/48 infiltrat homogène de la base droite, disparu moins d'un mois après.

CH... Raymond : 20 ans. Début le 13/7/43 par point de côté thoracique gauche.

Toux, expectoration muqueuse.

Fièvre à 39° pendant 2 jours.

Submatité base gauche avec diminution des vibrations vocales, souffle inspiratoire aigre et râles bulleux.

Flore microbienne riche en pneumocoques. B.K. = 0.

Cuti intradermos négatives.

Le 22/7/48 opacité floue de la base gauche de la zone paracardiacque ; disparition de l'image un mois après.

Bronchoscopie normale le 24/7/48.

Formule sanguine normale.

B.W. = 0 ; selles normales ; recherche des agglutinines froides négatives.

Nous avons recueilli une quarantaine d'observations de tels « Infiltrats labiles » à l'Hôpital Percy. Mais les manifestations cliniques sont fréquemment frustes, au point que chez un sujet présentant un « Infiltrat labile » ne pouvant être rattaché à aucune des autres catégories décrites dans ce travail, il y a lieu de rechercher par un interrogatoire serré, le moindre petit signe général ou fonctionnel dont le malade ne s'était pas autrement soucié ; et l'on retrouve en effet souvent dans les jours précédents, un petit clocher fébrile, un point de côté minime ; et lorsque le malade entre à l'hôpital il n'est pas rare de mettre en évidence des signes stéthacousliques localisés à une base ou dans l'aisselle.

Notre conviction est que la plupart de ces pneumopathies bénignes sont d'origine pneumococcique ; cette opinion résulte des examens de la flore bactérienne des crachats qui nous a révélé plus que dans les autres catégories d' « Infiltrats », une prédominance de pneumocoques.

Néanmoins, des recherches bactériologiques plus poussées s'imposent dans l'avenir, à effectuer de préférence dans les exsudats bronchopulmonaires prélevés directement sous bronchoscopie.

3° Les « Infiltrats labiles » des pneumopathies à virus connus

Ici se placent des affections courantes telle que la grippe simple ou la rougeole non compliquée, susceptibles de créer des « Infiltrats labiles » ; ces faits ont été étudiés aux Etats-Unis. Meyer fait rentrer dans ce cadre le groupe des « ornithoses », affections à virus des animaux de basse-cour pouvant être transmises à l'homme.

1° Les « Infiltrats labiles » des pneumopathies à virus inconnus

Il s'agit avant tout de la « pneumonie primitive atypique », décrite par Reimann en 1938, bien étudiée par le Pr E. Bernard et B. Kreis et qui se caractérise cliniquement : par un début progressif, un peu de fièvre, de la toux, un minimum de signes physiques, un état général conservé et une évolution courte et bénigne non influencée par les sulfamides ; mais en contraste avec cet ensemble, l'examen radiologique révèle une opacité pulmonaire étendue, qui s'efface en quelques jours. Quelquefois même il s'agit d'une découverte d'examen radiologique systématique et le diagnostic se fait par la recherche des agglutinines froides dans le sérum, qui est positive dans la « pneumonie primitive atypique » à partir du 7^e jour en moyenne.

Voici l'observation très résumée d'un cas réalisant cette pneumopathie particulière :

Mad... - Début d'allure grippale le 1/12/48 avec crachats hémoptoïques. Découverte d'une ombre homogène dans la région sous-claviculaire gauche, résorbée en 15 jours.

Cuti et intradermos négatives.

Flore microbienne des crachats très pauvre. B.K. = 0.

Bronchoscopie normale. B.W. = 0.

Réaction de Paul et Bunnell négative.

Réaction des agglutinines froides fortement positive jusqu'au 1/32°.

A côté de ces pneumopathies à virus inconnu, nous rangeons le syndrome de Hegglin, qui a les plus grandes chances d'être une affection à virus ; quelques auteurs ont peut-être émis l'hypothèse du rôle du bacille de Pfeiffer, mais nous savons qu'il en a été de même dans la grippe, qui a été reconnue ensuite être une affection à virus.

Ce syndrome a été mis en évidence par Hegglin, qui, à la suite des recherches faites en collaboration avec Grumbach, publia en 1941 18 observations d'« Infiltration pulmonaire avec réaction de Wassermann positive », chez des sujets ne présentant aucun stigmate ni antécédent syphilitiques ; l'« Infiltration pulmonaire » est éphémère ; la réaction de Wassermann se négative en 15 jours en général.

Martin publia des observations analogues chez des enfants, ainsi que Franconi qui prononça le mot de « broncho-pneumonie pseudosyphilitique subaiguë hilifuge ».

Les signes cliniques existent quelquefois, mais ils sont

minimes en général : ils font souvent complètement défaut. Nous sommes donc bien en présence d'un véritable « Infiltrat labile » du poumon.

Nous sommes obligés de faire les plus grandes réserves sur l'autonomie véritable de ces pneumopathies à virus inconnus, car les réactions biologiques qui en permettent le diagnostic, qu'il s'agisse d'agglutinines froides ou de réaction de Wassermann transitoirement positive dans le sang, sont peut-être sans grande signification, car on peut les rencontrer dans bien d'autres affections qui n'ont rien à voir avec ces pneumopathies.

Des examens cliniques biologiques et bactériologiques s'imposent dans l'avenir, pour préciser ce groupe très curieux d'« Infiltrat labile ».

**

Volontairement nous n'avons pas fait entrer dans le cadre de notre étude les « Ombres fugaces purement circulatoires » du poumon que Moisan (Thèse de Paris, 1946) rattache aux « Infiltrats labiles », ces affections paraissant être le propre de sujets atteints de maladies cardiaques lésionnelles, ce qui exclut l'« Infiltrat labile » au sens où nous l'avons défini.

Par contre, nous sommes persuadés que de nombreuses autres étiologies d'« Infiltrats labiles » pulmonaires viendront s'ajouter à celles que nous avons données, et qu'à côté des germes pyogènes, des virus, des rickettsi, viendront se ranger peut-être des leptospires ou d'autres germes. C'est ainsi que nous avons eu connaissance récemment du cas curieux d'une jeune fille atteinte d'un « Infiltrat » micronodulaire « labile » au cours d'une leptospirose ictero-hémorragique.

CONCLUSIONS

1° L' « Infiltrat labile » du poumon est de constation de plus en plus fréquente, depuis que l'on multiplie les examens radiologiques systématiques.

2° Il est indispensable de le différencier de l' « Infiltrat labile tuberculeux » : ce diagnostic différentiel est souvent extrêmement difficile en pratique. Il se base sur l'examen clinique (atteinte de l'état général, fébricule longtemps persistante), et sur l'évolution surtout : l' « Infiltrat labile tuberculeux » disparaît plus lentement et moins nettement que l' « Infiltrat labile vrai » ; sur les signes bactériologiques, en mettant en œuvre tous les procédés modernes d'exploration ; sur les signes biologiques (cuti et intradermo-réactions à la tuberculine), la notion d'une absence d'allergie étant décisive pour affirmer l' « Infiltrat labile vrai », et au contraire une allergie très accusée étant plutôt en faveur de l' « Infiltrat labile tuberculeux ».

3° L'étiologie et la pathogénie de ces « Infiltrats labiles » du poumon d'origine non tuberculeuse, comportent encore bien des inconnues.

4° La formule sanguine permet une classification simple de ces « Infiltrats » en 3 groupes principaux :

- Les « Infiltrats labiles » avec éosinophilie sanguine ;
- Les « Infiltrats labiles » avec lymphomononucléose sanguine sans éosinophilie ;
- Les « Infiltrats labiles » sans modification de la formule sanguine.

5° La cause majeure de l' « Infiltrat labile » avec éosinophilie est pratiquement toujours l'ascaridiose, exceptionnellement elle est de nature allergique.

6° L' « Infiltrat labile » avec éosinophilie est une manifestation précoce du stade larvaire de l'infestation intestinale par l'*ascaris*.

7° Il est exceptionnel de ne pas trouver des œufs d'*ascaris* dans les selles au cours ou après l'évolution d'un tel « Infiltrat », mais à la condition de pratiquer des examens de selles répétés, minutieux et très prolongés (plusieurs mois).

8° Les « Infiltrats labiles » avec lympho-mononucléose constituent un groupe d'attente d'étiologie difficile encore à préciser, mais dans lequel cependant, il faudra toujours songer à une coqueluche, à une mononucléose infectieuse.

9° Il est de bonne règle en face d'un « Infiltrat labile » avec lympho-mononucléose, de toujours pratiquer systématiquement la réaction de Paul et Bunnell.

10° Les « Infiltrats labiles » sans modification de la formule sanguine sont toujours le fait d'une pneumopathie aiguë, d'évolution bénigne.

11° L'étiologie de ce groupe d' « Infiltrats » est d'une extrême variété. Il se pourrait cependant que le pneumocoque soit responsable très souvent de tels « Infiltrats ».

12° Le groupe des pneumopathies à virus inconnu est un groupe d'attente dans lequel les réactions biologiques (recherche des agglutinines froides, réaction de Bordet Wassermann transitoirement positive dans le sang), manquent de spécificité.

13° Des recherches nouvelles s'imposent dans ce chapitre intéressant de pneumologie ; elles doivent s'orienter à notre avis, vers des recherches bactériologiques et biologiques très poussées.

BIBLIOGRAPHIE

Du fait de la nature de nos recherches bibliographiques, la majorité de références étrangères sont rapportées ici en langue anglaise.

La bibliographie antérieure à 1939 est indiquée dans la thèse de DEPASSE (Paris, 1939).

1° Bibliographie concernant les « Infiltrats labiles » avec éosinophilie sanguine :

- ACUNA (M.), ZAMORA et FLUHMANN (G.) : Loeffler syndrome (infiltration with marked eosinophilia), case. *Rev. med. di Chile*. 70, 362-371, May 1942.
- ADLERCRENTZ (H.) : Minor epidemic of transient infiltrates. *Nord. Med. (Hygica)*. 11, 2397-2400, Aug. 16-1941.
- ALLEAUM : Conception actuelle du syndrome de Loeffler. Thèse Paris, 1948.
- ALPHER (I.M.) : Loeffler syndrome ; two cases, one with recurrent features and one associated with hay fever. *J. Allergy*. 18, 39-46, Jan. 1947.
- ALVAREZ (E.) : Loeffler syndrome ; case. *Bol. asoc. med. Santiago*. 4, 142-145, Sept. 1946.
- ALWALL (N.) : Pathogenesis, etiology and therapic of eosinophilic infiltrations. *Acta med. Scandinav.* 115, 350-364, 1943.
- ALWALL (N.) : Question of etiology, pathogenesis and treatment of infiltrations with eosinophilia. *Trop. dis. Bull.* 41, 425, May 1944 (Abstract).
- ANGLADE : A propos de l'avenir des infiltrats labiles. *Soc. d'Et. Scient. sur la tuberculose*. 1944-1945, p. 22.
- ANGLADE : L'allergie pulmonaire. Opacités récidivantes chez un même sujet pendant 15 mois (observation princeps). *Pédiatrie* N° 11-12, 1946, p. 55-59.
- ASQUINS (E.P.) : Transitory infiltrates of Loeffler type ; probable role of ascaris in etiology ; 12 cases. *Rev. med. franç. Moy Orient*. 2, 327-343, Mars 1944.
- BAER (A.) : Transient pulmonary edema (Loeffler syndrome) ; case. *Ohio state M.J.* 37, 960-961, Oct. 1941.
- BAGENSTOSS (A.H.), BAYLEY (E.C.), LINDBERG (D.O.N.) : Loeffler syndrome ; case with pathologic examination. *Proc. Staff. Meet. Clin.* 21, 457-465, Nov. 27, 1946.
- BATTRO (A.) et TABANY (J.) : Rheumatic fever with pulmonary onset and transitory pulmonary roentgen shadow ; case. *Rev. Argent. de cardiol.* 6, 380-387, Jan. Feb. 1940.
- BAYLEY (E.C.), LINDBERG (D.O.N.), BAGENSTOSS (A.H.) : Loeffler syndrome ; case with pathologic examination of lungs. *Arch. Path.* 40, 376-381, Nov. Dec. 1945.
- BECK (L.C.) : Loeffler syndrome ; case (complicating intestinal parasitism) *Hawaii M.J.* 1, 361-362, July 1942.
- BENDA (R.), WEINBERG (L.) : Deux cas de syndrome de Loeffler (un bilatéral) avec état fébrile persistant plus de 6 semaines. *Bull. et Mem. Soc. méd. Hôp. de Paris*. 56, 24-27, Février 1940.

- BENDA (R.), AUBIN (Mlle), ITELSON (M.J.) : Infiltrat pulmonaire labile avec éosinophilie pleurale et médullaire considérable mais sans éosinophilie sanguine. Pas d'ascaridiose. Bull. et Mem. Soc. méd. Hôp. Paris. 8, Avril 1949.
- BERCK (J.E.) : Transitory infiltrations (role of parasitis, especially strongyloïdes stercoralis). J.A.M.A. 127, 354-355, Feb. 10-1945.
- BERMAN (E.I.) : Transitory eosinophilic infiltration in children. Pediatrics N° 1, 33-37, 1947.
- BERTRAND-FONTAINE (Mme), GOUTNE, NOUFFLARD (H.) : Syndrome de Lœffler à forme multinodulaire dû à l'ascaridiose ; 2 cas. Bull. et Mem. Soc. méd. Hôp. Paris. 63, 700-747, 1947.
- BERAUD : A propos des infiltrations fugaces non tuberculeuses. Thèse Lycin, 1940.
- BIC (U.) : Temporary Infiltrations with eosinophilia ; case with marked tendency to recurrence. Nord. med. 34, 1253-1255, May 30, 1947.
- BLAJOT PENA (I.) : Lœffler syndrome, transitory pulmonary infiltrates with eosinophilia. Med. clin. Barcelona. 1, 237-241, Oct. 1943.
- BLAMOUTIER : Un curieux cas d'allergie sérique par inhalation. Sem. Hôp. Paris. 21, 659, 1948.
- BLANTON (H.W.) : Lœffler syndrome ; 4 cases. Virginia M. Monthly. 72, 473-479, Nov. 1945.
- BLASI (A.) : Processus pulmonaires primaires à caractère exudatif allergique. Observation anatomoclinique. Arch. de phthisiologie 1946-1, N° 4, 368-388.
- BLOCHER : Le syndrome de Lœffler. Thèse de Strasbourg, 1940.
- BOFFI (L.L.) et PERCIVIATI FRANCO (E.F.) : Labile image ; case. Dia med. 16, 1326-1332, Oct. 30, 1944.
- BOTTALIGA (M.) : So called Lœffler syndrome, relation to bronchial asthma. Policlino (scz. prat.) 48, 901-905, May 109, 1941.
- BRETON : A propos de la radiologie de l'asthme. Le syndrome de Lœffler. Paris médical, 225, Juin 1938.
- BROCH (O.J.) : Transient infiltration with eosinophilia, with fatal issue after treatment by adrenalin (epinephrin) spray for asthma ; case. Acta med. Scandinav. 113, 311, 1943.
- BRUSSELMANS (P.) : Lœffler syndrome ; transitory infiltrates with blood eosinophilia. Belg. tijdschr. geneesk. 2, 40-43, Jan. 1946.
- BRUSTOLON : A propos d'un cas de pneumonie allergique. Annali dell'Instituto « Carlo Forlanini », N° 3, 1947, 308-311.
- CAMELIN, GARNUNG : Syndrome de Lœffler. Réaction d'allergie chez un porteur de trichocéphales. Lyon med. N° 24, 405-407, 1947.
- CAMERON : Œdème pulmonaire. Brit. Med. Journ. 4559. 1948-965.
- CARDIS (F.) : A propos de l'infiltrat pulmonaire fugace avec éosinophilie sanguine et de son étiologie le plus souvent vermineuse. Schweiz med. Woch. 24, Février 1945.
- CARDIS (F.) : L'ascaridiose pulmonaire ; à propos d'études expérimentales récentes. Soc. franç. de Pathol. Resp. Tome III, N° 3, 1949.
- CATTAN (R.), FRUMUSAN (P.), COUSIN (R.) : Le syndrome de Lœffler symptomatique d'ascaridiose au décours d'un infarctus pulmonaire suppuré. Bull. et Mem. Soc. méd. Hôp. Paris, 14 Janv. 1949.
- CATTANEO (A.) : So called Lœffler syndrome ; report of case, and review of literature. Gior. di clin. med. 21, 629-639, June 30, 1940.
- CLEARKEIN (P.A.) : Tropical eosinophilia or Lœffler syndrome. Carib bean M.J. N° 5, 6, 332-356, 1944.

- CONCHA (P. de la) : Transitory roentgen shadow with eosinophilia (Löffler syndrome); case. *Medica Matanzas*, 2, 148-154, Sept. Oct. 1943.
- CORNU : Pseudo granulie à anguillules. *Lyon méd.* 6, 1948-89.
- CROCE et VALTERRANI : A propos d'une image radiologique d'œdème pulmonaire simulant une tuberculose miliaire. *La Réforme méd.* 3-4, 1948-35.
- DAMADE et LAVIGNOLLE : Forme pseudo tuberculeuse d'une amibiase pulmonaire gauche. *Paris méd.* N° 25, 1947, 301-305.
- DELORD : Les infiltrats labiles. *Journ. franç. méd. chir. thor.* 1948-4.
- DIAZ-RIVIERA (R.S.), GARAN (S.), PONATA (J.L.) : Eosinophilic infiltration (Löffler syndrome); 5 cases satisfactorily treated with exophenarsine hydrochloride. *Bol. Asoc. de Puerto Rico*. 39, 315-326, Sept. 1947.
- DUROUX et JARNIOUX : Infiltrats labiles du poumon. Etude critique. *Soc. franç. de Path. Resp.* Déc. 1948.
- DUROUX et JARNIOUX : Les Infiltrats labiles du poumon. Essai de classification. *Soc. de Méd. Millit. franç.* 6 Mars 1949.
- EICHWALD (M.), SINGLETANY (W.V.) : Infiltrations pulmonaires transitoires successives (Syndrome de Löffler). *Radiology* 1946-46, N° 3, 258-262.
- ELKELESS (A.), BUTLER (N.R.) : Transitory infiltration and apical cavitation associated with eosinophilia. *Brit. J. Radiol.* 19, 512-517. Déc. 1946.
- FABIANI (G.), CANTONI (G.) : Epidémie de syndrome de Löffler. *Bull. Soc. Path. Exot.* 35, 333-338, 1942.
- FIERRO-VIGNOLI (M.), CAUBARRÈRE (N.) : Labile pulmonary infiltrates (Löffler syndrome) with report of non tuberculous case. *Rev. de Tuberc. d'Uruguay*. 8, 215-221, 1939.
- FORESTIER : Infiltrats pulmonaires fugaces avec éosinophilie (Syndrome de Löffler). Thèse, Paris, 1946.
- FREUND (R.), SAMUELSON (S.) : Transitory infiltration with eosinophilia; Löffler syndrome. *Arch. Int. Med.* 66, 1215-1220. Déc. 1940.
- FROMENT (R.), REBATEL, MASSON : Syndrome de Löffler dû à l'ascari-diose. *Lyon Méd.* 167, 457-458, Juin 14, 1942.
- GARCIA LAREDO (J.E.) : Tuberculous and non tuberculous labile pulmonary opacities, including Löffler syndrome. *Rev. Argent. de Tuberc.* 6, 1-31, Jan. Mar. 1940.
- GARDÈRE (H.) : Infiltrats labiles (Syndrome de Löffler). *Journ. de Méd. de Lyon*, 26, 827-833, Déc. 1945.
- GARIPUY : Anaphylaxie expérimentale : étude de ses images tissulaires. Thèse de Toulouse, 1937.
- GINES (A.R.) : Pulmonary congestions provoked by sun; possibility of sun as cause of Löffler syndrome. *Rev. de Tuberc. d'Uruguay*. 8, 225-239, 1939.
- GIRAUD, BALMEN, SALVAING, PUECH : Ombre pulmonaire fugace. *Jour. d'Elec. Radiol.* 9-10, 1948, p. 537.
- GOTSHALK (H.C.) : Transient pulmonary Infiltrations. *Hawii M.J.* 4, 302-304, July Aug. 1945.
- GOTTDIENER (E.E.) : Löffler syndrome : transient lung infiltration with eosinophilia; diagnosis. *New-York State J. med.* 45, 2179-2182, Oct. 15, 1945.
- GRAEVE (R. de) : Transitory infiltrations with eosinophilia. *Belg. Tijdschr. geneesk.* 3, 802-809, 1947.
- GRAYANO (L.) : Löffler syndrome with unusual hypereosinophilia case. *Rev. Assoc. med. Argent.* 53, 1126-1130, Déc. 15, 1939.

- GRAYCE : Infiltrations associated with blood eosinophilia. Clin. Proc. 5, 195-206, July 1946.
- GREIG (E.D.W.) : Tropical eosinophilia associated with pulmonary signes (Löffler syndrome). J. Trop. med. 48, 149-151, Déc. 1945.
- GUICHARD (A.), FEROLDI (I.) : Syndrome de Löffler avec éosinophilie pleurale et sanguine. Lyon méd. 167, 457-458, Juin 14, 1942.
- HAM (J.C.), ZINDAHL (T.) : Syndrome de Löffler et infiltrations pulmonaires accompagnées d'une éosinophilie périphérique. Annales cf Internal médecine, vol. 29, N° 3, Sept. 1948, p. 488-510.
- HARKOVY (J.) : Vascular allergy, pathogenesis of bronchial asthma with recurrent pulmonary infiltrations and eosinophilic polyserositis. Arch. Int. med. 67, 709-734, April 1941.
- HAUSEN (O.C.), PRUSS, GOODMAN (E.G.) : Allergic pulmonary consolidations (Löffler syndrome). Ann. allergy. 2, 85-108, March-April 1944.
- HAZA GRASSO : Hemorrhagic Löffler syndrome ; Case. Medica. Matanzas 2, 177-182, Nov. Déc. 1943.
- HENI (F.) et COLL. : Les infiltrations éosinophiliques fugaces. Deutsche med. Woch. 1947-72, N° 29-30, 421-426.
- HENI (F.), THEDENING (F.), RIETHMÜLLER (H.U.) : Transitory infiltrations with eosinophilia. Deutsch. med. Wchnschr. 72, 446-449, Nov. 1947.
- HENNEL (H.), SUSSMAN (M.L.) : Roentgen features of eosinophilic infiltrations. Radiology, 44, 328-334, April 1945.
- HERBUT (P.A.), KINSEY : Transitory infiltrations (Löffler syndrome) in rabbits. Arch. Path. 41, 489-502, May 1946.
- HOFF (A.), HICKS (H.M.) : Transient infiltrations, case with eosinophilia (Löffler syndrome) associated with amebiasis. Ann. Rev. Tuberc. 45, 194-199, Feb. 1942.
- INVALIDI (A.) : Temporary infiltrate during asthma ; case in child. Semana med. 1, 903-906, 17 April 1941.
- KARAN (A.A.), SINGER (E.) : Transitory infiltrations mistaken for tuberculosis with report of 5 cases (discussion of Löffler syndrome). Ann. In Med. 17, 106-124, July 1942.
- KINDBERG (L.), ADIDA (P.), ROSENTHAL (L.) : Pneumopathie à éosinophiles (syndrome de Löffler) un cas. Press. méd. 48, 277-278, 12 Mars 1940.
- KNUT : Infiltrations éosinophiliques transitoires du poumon. Nordisk. Med. 1947 ; 34, N° 22, 1253-1255.
- KOINO : Experimental infection on human body with escarides. Jap. med. World. 1922-B2, 6-317.
- LARRAMENDI REY (J.) : Löffler syndrome. New case. Med. espan. 4, 118-123, Aug 1940.
- LAVIER : L'éosinophilie tropicale. Presse méd. N° 23, 1946, 324-325.
- LÉCUYER : La ponction sternale dans le syndrome de Löffler. Thèse Paris, 1949.
- LEDoux : Bronchopneumonie récidivante avec éosinophilie. Revue méd. Nancy. 1, 1948, 200.
- LELL (W.) : La bronchoscopie comme aide dans le diagnostic et le traitement des manifestations pulmonaires allergiques. Arch. Oto-Laryng., 1946, 43, N° 1, 49.
- LEMENAGER : Les ombres radiologiques fugaces en pathologie respiratoire. Sem. Töp. Paris, 85, 1948, 241.
- LEUTENEGGER (F.) : Frequent occurrence of transitory eosinophilic infiltrates. Helvet. med. acta II, 111-115, April 1944.
- LOEFFLER (W.), MAIER (C.) : Pathogenesis of eosinophilic infiltrates (Löffler syndrome). Praxix 33, 529-530, July 27, 1944.

- LOEFFLER (W.) : Temporary infiltrations with eosinophilia of blood (Löffler syndrome). *Presse med.* 53, 516-517, Sept. 29, 1945.
- LOEFFLER (W.), ESSELIER (A.F.), MACEDO (W.E.) : Sur la pathogénie et l'étiologie des infiltrats pulmonaires fugaces avec éosinophilie (syndrome de Löffler). *Helvetica. med. Acta Série A.* Col. 15, Fasc. 3, 1948, 223-229.
- LOHR (H.) : Transitory infiltrations with and without eosinophilia. *Zeschr. f. Klin. med.* 137, 297-317, 1940.
- LYON (E.) : Eosinophilic infiltration and influenza. *Harefuah* 25, 166-167, Nov. 1, 1943.
- LYON (E.), KLEINHAUS (E.M.) : Eosinophilic disease with cutaneous manifestations associated with transitory pulmonary infiltrations (Löffler syndrome). *Act. med. orient.* 4, 144-149, May 1945.
- MAIER (C.) : Transitory eosinophilic infiltration summary of over 100 cases. *Helvet. med. acta* 10, 95-99, April 1943.
- MARIN (A.), GARNIER (A.) : Un syndrome de Löffler remarquable par l'intensité de ses manifestations cliniques et radiologiques. *Soc. d'Et. scient. sur la tuberculose*, 1944-45, 22.
- MARTENS (G.) : Temporary shadows. *ztschr. f. tuberk.* 84, 26-39, 1939.
- MARTINEZ (D.J.J.) et (J.D.A.) : Löffler infiltration during attack of bronchial asthma : Case. *Semana med.* 1, 795-801, May 2, 1946.
- MARTINI (A. de) : Differential diagnosis between transitory infiltrations and cystic emphysema ; roentgenologic study. *Minerva med.* 1, 518-526, June 1947.
- MARTINI (A. de) : Transitory infiltrations with cystic emphysema ; so called benign cystic bronchopneumonia ; various roentgenologic aspects as pseudo abscesses, pseudo caverns and gas cysts ; further study. *Minerva med.* 2, 276-281, Sept. 29, 1947.
- MEGHME (A.) : Löffler syndrome and parasitosis. *Rev. med. de Chile.* 73, 336-339.
- MELZER (E.) : Non specific infiltrations. *Deutsches tuberk. Bl.* 16, 233-243, Nov. 1942.
- MELLO (I.F. de) : So called tropical eosinophilia is mere modality of Löffler syndrome. *Antiseptic* 42, 533-544, Oct. 1945.
- MELLO (I.F. de) : Pulmonary complex accompanying so called tropical eosinophilia is only a modality of Löffler syndrome. *Portugal med.* 30, 235-243, June, July 1946.
- MEYENBURG (H. von) : Pathologic anatomy of transitory infiltrate with eosinophilia. *Wirschows Arch. F. path. anat.* 309, 258-290, 1942.
- MEYENBURG (H. von) : Eosinophilic infiltration, pathology and pathogenesis. *Schweiz. med. Wchnschr.* 72, 809-811, July 25, 1942.
- MICHELI (M.) : Bronchites et pneumonies non microbiennes. *Settimana med.* 1946, 34, N° 1-4, 40-44.
- MILLER (M.) : Transitory infiltrations accompagnied by eosinophilia (Löffler syndrome) ; case. *New. England J. med.* 2327, 10 Jan. 4, 1945.
- MOISAN (A.) : Fréquence des infiltrats pulmonaires labiles. Leur étude radioclinique. Thèse de Paris, 1946.
- MARSIAJ (N.) : Tropical eosinophilia ; relation to Löffler syndrome. *Rev. med. Argent.* 59, 1193-1195, Oct. 30, 1945.
- MULLER (R. von) : Zum pathogenese der fluchtige lungeninfiltrat. *Deutsche med. Wsch.* 1938, N° 36.
- MULLER (R. von) : A propos de l'étiologie des pneumonies labiles à éosinophiles. *Schweiz. med. Wsch.* 22, 1948, 544.
- NAGEL (O.) : Transient infiltration with eosinophilia (Löffler syndrome). *Beitr. z. Klin. Tuberk.* 96, 185-205, 1941.

- NEGRI (C.), ROMORONI (I.) : Transitory infiltrates secondary to acute intoxications due to nitrogen oxides ; cases. *Gior. clin. med.* (fasc. 1-6), 26, 48-56, 1945.
- NUPIERI (A.) : Aspecific pneumopathy of toxicoallergy origin (Löffler syndrome). *Rev. paulista de med.* 22, 55-61, Jan. 1943.
- O'BYRN (G.T.) : Löffler syndrome ; case in infant. *Texas State J. med.* 43, 446-449, Nov. 1947.
- OLINTO (M.) : Löffler syndrome with report of case. *Pediat. e. Puericult. Bahia.* 15, 75-81, March-June 1946.
- OLIVER (M.), NAPET (I.) : Löffler syndrome ; case in child. *Arch. Argent. de ped.* 11, 482-492, May 1940.
- OWEN (J.R.) : Non tuberculous infiltrations. *Indian Physician.* 2, 312-316, Sept. 1943.
- PEABODY (I.W.) : Transitory migratory infiltrations associated with eosinophilia (Löffler syndrome) with report of additional case. *Dis. of chest* 10, 391-406, Sept. Oct. 1944.
- PEARLMAN (A.W.) : Löffler syndrome. *Am. J. Roentgenol.* 58, 75-76, July 1947.
- PEDRAZZINI (A.) : Löffler syndrome, transitory pulmonary infiltration with eosinophilia. *Minerva med.* 2, 61-63, July 28, 1947.
- PEIRCE, CARLETON (B.), EVERETT (F.), CRUTCHLOW, HENDERSON (T.), ARTHUR (T.), Mc KAY (J.W.) : Foyers fugaces d'œdème pulmonaire. *Am. rev. of tub. A.* 52, N° 1, 1946.
- PIRKLE (H.B.), DAVIN (J.R.) : Löffler syndrome, transient infiltrations with blood eosinophilia. *Am. Rev. Tuberc.* 50, 48-51, July 1944.
- PLASEKES (S.J.) : Pneumonie à ascaris (notes sur les ascaris lombri-coïdes). *Act. med. Orient.* 1946-5, N° 3, 80-81.
- PRIETO-CASANOVA (J.T.) : Transitory infiltrates with report of cases. *Rev. Policlín. Caracas.* 11, 323-356, Nov. Déc. 1942.
- PUJOL (A.) : Löffler syndrome, case. *Ann. Paulist. de med. e cir.* 52, 321-325, Nov. 1946.
- RANDALL (T.) : Eosinophilic pneumonitis (Löffler syndrome) with reponse to emetine. *Brit. J. Tuberc.* 39, 37-38, Jan. 1945.
- RAUTUREAU (R.), MAINGUY (J.), GUICHENE (P.) : Syndrome de Löffler ; étude critique et remarques pathogéniques en rapport avec un cas. *Arch. méd. ch. de l'app. resp.* 14, 334-379, 1939-1941.
- RAVAULT (P.), BRUN (J.) : Infiltrats transitoires des lobes inférieurs, non associés à la tuberculose. *Lyon méd.* 167, 459-463, Juin 14, 1942.
- RAVINA : Les infiltrats labiles non tuberculeux du poumon. *Presse méd.* 168, 3 Mars 1948.
- RAVINA, NORY, AVRIL : Episodes pathologiques multiples ayant précédé et suivi l'apparition d'infiltrats pulmonaires éosinophiliques fugaces. Quelques remarques à propos des infiltrats pulmonaires labiles. *Bull. et Mem. Soc. méd. Hôp. Paris*, 36-37, 1948, 1215.
- REMY : Contribution à l'étude du syndrome de Löffler. Thèse de Paris, 1942.
- RETZEPIS (G.J.) : Löffler syndrome. *Boll. soc. ital. di med. ing. trop.* N° 1-3, 5, 161-170, 1945.
- RICI (D.A.), SCOTT (J.W.) : Eosinophilia with transient infiltrations (Löffler syndrome). *Canad. M.A.J.* 57, 286-287, Sept. 1947.
- RIST, AMEUILLE, LEMOINE : Les bronchites segmentaires. *Presse méd.*, 15 Mars 1947.
- ROCH (M.) : Syndrome de Löffler. *Progrès médical*, 73, 374-375, Nov. 24, 1945.
- ROGEL : Contribution à l'étude du syndrome de Löffler. Thèse de Paris, 1949.
- RYAN (J.M.) : Löffler syndrome. *Minnesota med.* 27, 734, Sept. 1944.

- SEDAILLAN (P.), ROCHE (L.) : Syndrome de Lœffler avec signes radiologiques extensifs et signes physiques de cortico-pleurite ; un cas. *Lyon méd.* 167, 324-326, Avril 26, 1942.
- SANTOS (C.) : Lœffler syndrome (Pleuro-pulmonary eosinophilia) ; cases. *Rev. med. Latino-am.* 25, 508-515, Feb. 1940.
- SANTOS (C.) : Leither syndrome (eosinophilia of tuberculous origin) and Lœffler disease (eosinophilia of unknown etiology). *Brasil med.* 58, 370-372, Sept. 16-30, 1944.
- SAR (A. Van der) : Ascaridiose pulmonaire. Ses relations avec le poumon éosinophilique et le syndrome de Lœffler. *Am. rev. Tuberc.* 1946, 53, N° 5, 440-446.
- SASLOW (M.J.), BOWMAN (J.A.) : Lœffler syndrome. *J. Floride M.A.* 32, 373-374, Jan. 1946.
- SAUPE (E.) : Roentgenologic findings, especially infiltrates in asthma. *Fortschr. a.d. Geb. d. Roentgenstrahlen* 61, 65-84, Feb. 1940.
- SAYAGUES LASO (C.) : Temporary roentge, shadows. *Hoja fisiol.* 3, 11-19, March 1943.
- SCHLECHT (M.) : Allergie eosinophilic infiltration. *Deutsch med. Wchnschr.* 70, 189, March 31, 1944.
- SCHLESINGER : Le syndrome de Lœffler (ombre radiologique pulmonaire fugace avec éosinophilie sanguine). Thèse de Paris, 1939.
- SCHULZE (H.) : Question of temporary eosinophilic infiltrations. *Beitr. Z. Klin. d. Tuberk.* 95, 1-18, 1940.
- SCHULZE (H.) : Symptom complex of transitory eosinophilic infiltration. *Deut. Tuberk. Bl.* 16, 124, June 1942.
- SERRA (L.M.) : Lœffler syndrome ; review of literature and report of case. *Bull. School med. Univ. Maryland* 30, 11-31, July 1945.
- SEVERIN (G.) : Transient infiltrations with eosinophilia. *Nord. med. Hygiea* 24, 22-32 - 22-34, Déc. 15, 1944.
- SIMONIN (P.), GIRARD (J.) : Syndrome de Lœffler à forme micronodulaire chez un asthmatique. *Semaine des Hôp. Paris*, 22, 288-290, Février 21, 1946.
- SLOWEY (J.F.) : Transient successive infiltrations (Lœffler syndrome) associated with trichiniasis ; case. *Ann. Int. med.* 27, 130-135, July 1944.
- SMITH (J.H.) : Lœffler syndrome ; case. *South M.J.* 36, 269-271, April 1943.
- SOMMER (E.) : Relation between ascariasis and eosinophilic infiltrations. *Schweiz med. Wchnschr.* 73, 1132, Sept. 18, 1943.
- SQUIER : Infiltration pulmonaire transitoire : Syndrome de Lœffler. *Dis. of chest*, N° 13, 609-620, Nov. 1942.
- STAEHELIN (R.) : Transient infiltrations. *Schweiz med. Wchnschr.* 72, 785-788, July 18, 1942.
- STRAND (S.) : Transitory infiltrations with eosinophilia. *Acta tuberc. Scandinav.* 17, 223, 1943.
- STUART (G.J.) : Lœffler syndrome. *Univ. Hosp. Bull. am. arbor* 6, 85-87, Nov. 1940.
- STUART (G.J.) : Allergic pneumopathies ; Lœffler syndrome. *Dallas M.J.* 26, 138-140, Déc. 1940.
- TELLES (W.) : Tropical eosinophilia with special reference to differentiation of Lœffler syndrome. *Hosp. Rio de Jane.* 31, 759-768, May 1947.
- TØNNESSEN (E.S.) : Transient infiltration with eosinophilia in infants. *Nord med. (Norsk mag. F. Laegev. dansk.)* 9, 701-704, March 8, 1941.
- TRIPODI (M.) : Pulmonary infiltration of pneumonia type with asymptomatic evolution ; 2 cases. *Polycelino (sez. prat.)* 48, 666-672, April 14, 1941.

- TURIAF, BLANCHON, BABAIL : Syndrome de Lœffler (formes aiguës, fébriles et mineures). Soc. méd. Hôp. de Paris, 36-37, 1948, 1204.
- VACCAREZZA (R.F.), PAVLOVSKY (A.) : Bronchopulmonary allergy due to gold salts. Lœffler syndrome with disseminated foci and micronodular image. Ann. Çated de pat. y clin. tuberc. 7, 160-175, June 1945.
- VIEIRA (A.E.) : Temporary roentgen shadows (Lœffler syndrome). Study apropos od typical case. Med. circ. Pharm. 309-312, June 1943.
- VOGEL (H.N.), MINNING (W.) : Clinical aspects of ascariasis and transitory eosinophilic infiltrations. Beit. z. Klin. d. Tuberk. 98, 620-654, 1942.
- WEINBERG : Contribution à l'étude du syndrome de Lœffler. Thèse de Paris, 1941.
- WENZAUT QUINTANA (E.) : Lœffler infiltrate provoked by Necator Americanus. Rev. med. quir. de Oriente 3, 159-161, Sept. 1942.
- WILETT (M.), OPPENHEIM (E.) : Infiltrations with associated eosinophilia (in coccididomycoses, 2 cases). Am. J.M. Sc. 212, 608-612, Nov. 1946.
- WILLIAMS (E.B.), WALKES (W.H.) : Lœffler syndrome ; report of case with brief review of literature. J. Nat. M.A. 39, 211-214, Sept. 1947.
- WILSON : L'éosinophilie tropicale dans l'Afrique orientale. Brit. med. jour. N° 509, 1947, 801-804.
- WRIGHT (D.O.), GOLD (E.M.) : Lœffler syndrome associated with creeping eruption (cutaneous helminthiasis) J.A.M.A. 128, 1082-1083, Aug. 11, 1945.

2° *Bibliographie concernant les Infiltrats labiles avec lympho-mono-nucléose sanguine :*

- BERNARD (J.), LAPRESLE (J.) : Les syndromes pneumo-lymphocytaires. Sem. Hôp. de Paris 16, 509-514, Février 29, 1948.

3° *Bibliographie concernant les Infiltrats labiles sans modification de la formule sanguine :*

- ADAMS : Pneumonie primaire chez le nourrisson. J.A.M.A. 16, 1142, 1948.
- ALPHONSE, FERRERO : Le poumon. N° 6, 1946, 353-359. A propos des pneumopathies atypiques primitives. Les cas sporadiques de pneumonie à virus.
- ANDERSON : Aspects pathologiques des pneumonies atypiques. Dis. Chest. 3, 1947, 337.
- ANTONA : Pneumonie atypique primitive avec grande auto-hemo-agglutination syndrome leucolytique, crise porphyrique et réaction leucémique. Riforma medica N° 15-16, 1947, 181-183.
- ARGENTIERI (M.), LUCCHESI (M.) : Les pneumonies atypiques ambulatoires. Gior. Ital. Tuberc. 1946, 1, N° 2, 67-73.
- BATHRO (J.M.), TABANY (J.) : Rhumatic fever with oulmonary onset and transitory pulmonary roentgen shadow ; case. Rev. Argent. de cardiol. 6, 380-387, Jan. Feb. 1940.
- BEAKEY : Pneumonie atypique. Med. Times 1946, 74, N° 3, 74-76.
- BENEDETTI (V. de) : Pneumonie atypique. Minerva med. 1947, 38, N° 24, 560-563.
- BENEDIKT (I.) : Further cases of pseudo syphilitic bronchopneumonia (pulmonary infiltrations with strongly positive wassermann reaction). Ann. Poedidrat. 157, 340-365, 1941.
- BESSE (de) : Etude synthétique de la pneumonie primitive atypique. Thèse de Paris, 1947.

- BOFFI (L.L.), PERCIVATI (E.F.) : Labile image ; case. *Dia. med.* 16, 1326-1332, Oct. 30, 1944.
- BOUCHART : Fréquence actuelle des formes radiologiques pseudo-tuberculeuses des pneumopathies aiguës et subaiguës. Thèse de Paris, 1947.
- BRISKAS : Pneumopathies latentes de l'enfance d'origine rhino-pharyngée. Pathogénèse et traitement. *Arch. franç. ped.* 3, 1948, 285.
- BROD (J.) : La pneumonie aiguë interstitielle à virus primaire, atypique. *Casopis lek. Cesk.* 1947, 86, N° 35, 1062-1065.
- BRUMPT (E.) : Une importante endémie récemment découverte dans le Bassin Méditerranéen : la « Q-fever ». *Press. méd.*, 1^{er} Fév. 1947.
- CAIN (A.), OURY, BARNAUD (Mlle) : Pneumococcie pulmonaire aiguë curable simulant la tuberculose. *Bull. et Mem. de la Soc. méd. Hôp. Paris*, 28, Oct. 1932.
- CLELAND (J.B.) : Mycose pulmonaire. *Med. J. Of Australia*, 1946, 30, N° 8, 247.
- CRYSLER (W.E.) : Pneumonie primaire atypique. Une affection de distribution segmentaire. *Am. j. Reentgenol.* 1946, 56, N° 3, 324-326.
- CUTCHAN (G.R. Mc) : Pneumonie à virus. *Am. J. med.* 1947, N° 3, 323-334.
- DEBRE, THIEFFRY, BRISSAUD : La bronchite localisée obstructive subaiguë de l'enfant. *Ann. de méd.* 40, 1946, 406-418.
- DELBECQ (E.) : Ombres pulmonaires labiles ; classification et interprétation. *Arch. méd. chir. de l'app. resp.* 15, 17-39, 1942.
- DONALD (J.B. Mc), EHRENPREIS (B.) : Les manifestations cliniques et radiologiques de la pneumonie primaire d'étiologie inconnue. *Ann. int. méd.* 1946, 27, N° 2, 153-169.
- EVEN, LECŒUR, KERBRAT : Les pneumopathies aiguës bénignes et curables par vapeurs d'alcali volatil. *Bull. et mem. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 5-6, 1948, 113.
- EVEN, LECŒUR, KERBRAT : Les pneumopathies aiguës curables par inhalation de vapeurs toxiques. *Paris méd.* 8, 1948, 127.
- FERENCZI : Sur le traitement de la pneumonie atypique. *Schweiz. med. Wschr.* 6, 1949, 171.
- FERGUSON (M.S.) : Pneumonie primaire atypique. Une revue brève. *Glasgow med. J.* 1947, 28, N° 7, 187-191.
- FIESSINGER (N.) : Les congestions pulmonaires. *J. des praticiens*, 1946, 60, N° 14, 105-108.
- FREUND : Sur les parasitoses pulmonaires. *Schweiz med. Voeh.* 1948, N° 1, 1-8.
- FRUIN : Pathogénie de la pneumonie primaire atypique. *Dis. Chest.* 1, 1949, 24.
- GASSER (C.) : Wassermann positive bronchopneumonie in children and its carious forms (Franconi-Hegglin syndrome) ; contribution to study of miliary bronchopneumonia and virus pneumonia. *Helvet. Paediat. acta* 2, 185-226, June 1947.
- GEBHARDT (F.) : Wassermann positive infiltration. *München Wschnschr* 91, 230, May 5, 1944.
- GMEINER (G.) : Frequency of interstitial infiltrations in acute influenza ; preliminary report. *Deut. Militararz.* 7, May 1942, 289-291.
- GOURDON : Semeiologie radiologique des pneumopathies aiguës et leurs images actuelles. Thèse de Toulouse, 1938.
- GROSSMAN : Quelques observations sur la pneumonie primaire atypique. *Arch. int. méd.* 1945, 88, N° 5, 328-334.
- GRUMBACH (A.) : Etiologie of pseudo-syphilitic pulmonary infiltra-

- tions with special reference to bacillus influenzae Pfeiffer. Helvet. med. acta 7, 497-527, March 1941.
- GSELL : La Q. fever en Suisse. Schw. med. Moch. 1948, N° 1, 1-8.
- HEGGLIN (R.) : Infiltration with strongly positive Wassermann reaction. Helv. med. acta 7, 497-527, March 1941.
- HEGGLIN (R.), GRUMBACH (A.) : On¹ syphilitic pulmonary infiltration with positive Wassermann reaction. Schweiz. med. Wchnschr. 71, 578-580, May 3, 1941.
- HEGGLIN (R.) : Modifications du L.C.R. au cours de la bronchopneumonie pseudo-syphilitique à Wassermann positif. Schweiz. med. Wchnr. N° 22-23, 1947, 587-588.
- HOLMES : Complications nerveuses de la pneumonie primitive atypique. Brit. med. jour. N° 4492, 1947, 218-220.
- HOSFALL (F.L.) : Pneumonie primitive atypique. New-York State J. med. 1946, N° 16, 1810-1814.
- HORSFALL (F.L.) : Pneumonie primaire atypique. Ann. int. méd. 1947, 27, N° 2, 275-2881.
- JONSSON (B.) : Fréquence des pneumonies à virus chez les enfants. Ann. Paediat. 1947, 168, N° 2.
- KNUTSEN (B.) : Pneumonie primaire atypique. Nordisk. med. 1947, 36, N° 42, 2099-2105.
- KOURILSKY, REGAUD, FOURESTIER, BOUCHART : Fréquence actuelle des formes radiologiques pseudo-tuberculeuses des pneumopathies aiguës et subaiguës. J. franç. de méd. et Chir. ther., N° 5, 1947.
- KREIS : Pneumonie atypique. Pneumonies à virus. Sem. Hôp. Paris, N° 27, 1947, 1711-1719.
- LAGEZE (P.), FRAISSE (P.) : Ombre juxta-hilaire simulant la tuberculose dans une infection subaiguë. Lyon méd. 167, 364-367, Mai 10, 1940.
- LAGEZE (P.), COHEN : Les ombres radiologiques pulmonaires étendues, diffuses et fugaces de certaines pneumopathies aiguës. Lyon méd. N° 25, 1946, 385-391.
- LAITINEN (H.) : Sur l'atelectasie pulmonaire dans la pneumonie primaire atypique. Ann. méd. inter. 1946, 35, N° 3, 185-208.
- LAMY, JAUMET, LEMAIRE, PALEY : Catarrhe bronchique segmentaire. Bull. et Mem. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris, 1946, N° 18-19, 324-325.
- LARDIER : Des pneumopathies frustes ou latentes d'origine rhinopharyngées et leur étude radiologique. Thèse Paris, 1947.
- LEVI-VALENTI : Opacités pulmonaires mobiles au décours de l'évolution d'un anthrax de la région lombaire. Jour. franç. méd. chir. thor. 6, 1948, 583.
- LOEFFLER : Les pneumonies à virus. Leur diagnostic, spécialement par la recherche à froid des hématies. Rev. méd. de la Suisse Rom., 1946, 66, N° 16, 1810-1814.
- MACKIE : Infections parasitaires des poumons. Dis. Chest. 6, 1948, 824.
- MARIOT : Images transitoires au cours d'une pneumopathie aiguë. (Présentation d'un cliché de broncholithiasis). Jour. rad. électrorad. 9-10, 1948, 537.
- MARTENS (G.) : Temporary shadows. Ztschr. F. Tuberk. 84, 26-29, 1939.
- MARTIN (H.) : Non specific positive Wassermann reaction in 2 patients with infiltration. Klin. Wchnschr. 22, 184, Feb. 27, 1943.
- MENEGHELLO, AGUILLO : Moniliase broncho-pulmonaire avec retentissement laryngé. Rev. Chil. de Ped. N° 8, 1947, 578-593.
- MICHEL (M.) : Bronchites et pneumonies non microbiennes. Settimana med. 1946, 34, N° 1-3, 40-44.

- MILLIEZ (P.), DEBRAY : Pneumopathie aiguë avec images radiologiques pseudo-tuberculeuses dans la convalescence d'une hystérectomie pour fibrome. Régression clinique et radiologique. Bull. et Mem. Soc. Hôp. Paris, 30 Janv. 1948.
- MOLINARI, TOSATTI (P.) et Coll. : Contribution à l'étude de la pneumonie atypique primaire. Gior. di Clin. med. 1947, 28, N° 9, 481-511.
- MOURIQUAND, GALY, BOULEZ, FRANÇOIS : Une observation d'infiltrat pulmonaire à B.W. transitoirement positif (syndrome de Franconi). Pédiatrie 7-8, 1948, 461.
- MULDER (J.) : Pneumonie grippale. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1947, 9, N° 32, 2168-2173.
- NEGRI (C.), ROMORONI (I.) : Transitory infiltrates secondary to acute intoxication due to nitrogen oxides ; cases. Gior. di Clin. med. (Fasc. 1-6), 26, 48-56, 1945.
- NOLLE (F.A.) : Pulmonary infiltrate with non specific positive reaction according to Jahnel ; case. Nederl. tijdschr. v. Geneesk. 90, 139-140, Feb. 23, 1946.
- PALIARD, GALY, MOREL : Infiltrat pulmonaire à réaction de Bordet Wassermann transitoirement positive. Lyon méd. N° 23, 1947, 385-388.
- PANTON (S.F.), HICKS (A.M.), HAUTMAN (S.) : Analyse clinique de la pneumonie primaire atypique avec une discussion sur des observations électrocardiographiques. Ann. Int. méd. 1946, 21, N° 5, 775-807.
- PFISTER (Ch. Ed.), MACH (R.S.) : Les pneumonies atypiques dites à virus. Praxis 1947, 36, N° 14, 227-233 et N° 15, 249-254.
- PLANT (A.), VESELL (H.) : Mort subite imprévue après pneumonie à virus chez un malade avec malformations congénitales rares. New-York State J. med. 1946, 46, N° 17, 1933-1935.
- POLICARD, GALY, MOREL : Pneumopathie à réaction de Bordet Wassermann transitoirement positive. Jour. franç. méd. et chir. thor. N° 4, 1947, 257-261.
- RAKOVSKY (M.), KNIKERBOCHEN (T.W.) : Manifestations radiologiques de la coccidioidomycose pulmonaire primitive. Am. J. Roentgenol. 1946, 56, N° 2, 141-155.
- RUDOLF (M.), WAHL (F.), RAVEAUX (R.), BRUGUIERE (P.) : Trois cas de pneumopathie atypique avec phénomène d'agglutination à froid des hématies. Bull. et Mem. Soc. méd. Hôp. Paris, 11 Fév. 1949.
- RUGIERO (H.R.), BETTINARDI (E.N.) : Pneumonie atypique. Prensa med. Argent., 1947, 34, N° 28, 1276-1284.
- SCHWEIZ : Sur la pneumonie miliaire avec évolution particulièrement grave (pneumonie miliaire à virus). Med. Wschr. 1946, 76, N° 36, 815-818.
- SEDAILLAN (P.), GALLY : Infiltrats congestifs fébriles non tuberculeux résorption centrifuge. J. méd. Lyon, 22, 43-49, Fév. 5, 1941.
- SEDAILLAN, FAVRE, GALLY : La Pneumonie primitive atypique et la notion d'agglutinines froides. Lyon méd. N° 18, 1946, 273-285.
- STEINMANN (J.) : Non specific infiltration with positive Wassermann reaction (Franconi-Hegglin syndrome). Rev. med. Suisse Rom. 63, 338-345, April 25, 1943.
- STENQVIST (H.) : La transmission de la pneumonie primitive atypique. Acta med. Scand. 1946, 125, N° 4, 345-356.
- STIBBE (P.D.) : Primary atypical pneumonia and infiltrates with positive Wassermann reactions. Neder. Tijdschr. v. Geneesk. 91, 696-702, March 22, 1947.
- TORNELL (E.) : Bronchomycoses. Acta med. Scand. T. 125, N° 3, Août 1946, 191-219.

- TORNELL (E.) : Le poumon des batteurs de grange. Acta med. Scand. Fasc. III, 1946, 191-219.
- TRIPODI (M.) : Pulmonary infiltrations of pneumonic type with asymptomatic evolution ; 2 cases. Policlino. (scz. prat.), 48, 666-672, April 14, 1941.
- URBAIN, GUINARD, BARON (A.) : Pneumopathies tuberculeuses éclaires. Rev. Tuberc. 3-4, 1946, 184.
- VESIN (S.) et Coll. : Les pneumonies primaires atypiques. Casopis lek. Cesk. 1947, 9, N° 32, 2168-2173.
- VETTERQVIST (Y.) : Un cas de mycose pulmonaire. Nord. méd. 1946, 30, N° 19, 1069-1071.
- VITTE : Affection des voies respiratoires à sérologie syphilitique transitoirement positive. Thèse Lyon, 1948.
- WYMAN : Pneumonie primitive atypique : évolution radiologique, complications, taux de guérison et résultats terminaux. Dis. Chest., 4, 1948, 568.

VU : Le Doyen,
BINET.

VU : Le Président de thèse,
BARIETY.

VU et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Université de Paris,
SARRAILH.

